

INFLUENȚA VÂRSTEI GINECOLOGICE ASUPRA DEZVOLTĂRII COMPLICAȚIILOR MATERNO-FETALE LA ADOLESCENTELE GRAVIDE

Olga Cernetchi¹ – prof. univ., dr. hab. șt. med.,

Svetlana Jubîrcă² – doctorand,

Corina Iliadi-Tulbure¹ – asist. univ., dr. șt. med.

¹Catedra de obstetrică și ginecologie nr. 2, IP USMF „Nicolae Testemițanu”,

²Laboratorul Obstetrică, IMSP Institutul Mamei și Copilului

tel.: +373 79507975, svetlanajubirca@gmail.com

Rezumat

Sarcina la adolescente reprezintă o problemă importantă, care este evaluată în cadrul numeroaselor programe medicale și sociale. Incidența sarcinilor la adolescente în Republica Moldova între anii 2009-2012 a constituit 1,5-4,0% cazuri. Evoluția sarcinii la adolescente decurge cu anumite particularități datorate imaturității fiziologice a organismului tânăr în creștere. Acest aspect este caracterizat printr-un număr crescut de complicații ale evoluției sarcinii, nașterii și perioadei post partum, cu implicarea frecventă a aspectelor emoționale și sociale. Vârsta ginecologică (VGi), concomitent cu vârsta cronologică este un factor obstetrical care permite aprecierea riscului de apariție a complicațiilor materno-fetale. Se consideră că VGi este un factor obstetrical care permite aprecierea potențialului risc al rezultatelor materne și fetale. VGi se apreciază concomitent cu vârsta cronologică pentru a evalua riscul obstetrical. A fost efectuat un studiu care a inclus un număr total de 261 gestante, nașterea cărora a fost monitorizată în cadrul IMSP Institutul Mamei și Copilului, pe parcursul anilor 2013-2015. Numărul total de cazuri a fost divizat în 2 loturi în funcție de vârstă: lotul I a inclus 126 (48,3%) paciente cu vârsta între 13-18 ani, iar lotul II – 135 (51,7%) paciente cu vârsta cuprinsă între 19-25 ani. Lotul I a fost divizat în 2 subloturi: sublotul I a inclus 55 cazuri (43,7%) cu $VGi \leq 3$ ani, iar în sublotul II au fost incluse 71 cazuri (56,3%) cu $VGi > 3$ ani. În concluzie menționăm că sarcinile la adolescente necesită monitorizare minuțioasă și subliniem importanța

aprecierii vârstei ginecologice ca factor de risc pentru dezvoltarea complicațiilor perinatale: restricției de creștere intrauterină a fătului, nașterii premature, anomaliilor congenitale și altor complicații.

Cuvinte-cheie: sarcina la adolescente, vârsta ginecologică, vârsta cronologică, complicații materno-fetale

Summary. The influence of gynecological age on the development of maternal and fetal complications in teenage pregnancy

Teenage pregnancy is an important problem, has being evaluated in a huge number of medical and social programs. The incidence of teenage pregnancies in Republic of Moldova, is about 1,5-4,0%, cases recorded between 2009-2012. The evolution of teenage pregnancy has some particularities linked to physiological immaturity of young developed body and characterized by an increased number of complications during pregnancy and post-partum period. Usually here are involved emotional and social factors. Gynecological age is an important obstetric risk factor, which let us appreciate the potential risk of maternal and perinatal outcomes. Chronological age should be used to evaluate teenage pregnancies outcomes. We have done the study to compare obstetric and perinatal outcomes between adult and teenage pregnancies. 261 cases, managed in the Institute of Mother and Child, Chisinau, Republic of Moldova, between 2013-2015, have been evaluated. The total number of cases were divided, according to maternal age, in two main groups: the first group includes 126 (48,3%) patients aged 13-18 years old, and the other 135 (51,7%) pregnant women, aged between 19-25 years, were included in the second group. The first group was divided in 2 subgroups: 55 (43,7%) women with gynecological age ≤ 3 years and 71 (56,3%) pregnant women with gynecological age >3 years. In conclusion, we mention that teenage pregnancies need to be evaluated carefully and we highlight the importance of low gynecological age as the criteria of the risk -factor evaluation for intrauterine growth restriction of the fetus, premature birth, congenital anomalies and other obstetric complications.

Key words: adolescent pregnancy, gynecological age, chronological age, maternal and fetal complications

Резюме. Влияние гинекологического возраста на развитие перинатальных осложнений при подростковой беременности

Подростковая беременность до сих пор остается одной из важных проблем, которая рассматривается в многочисленных социальных и медицинских программах. Частота подростковой беременности в Молдове на протяжении 2009-2012 годов составила 1,5-4,0%. В следствие физиологической незрелости молодого растущего организма течение подростковой беременности имеет некоторые особенности. Это, в свою очередь, ведет к увеличению числа осложнений во время беременности, родов и послеродового периода, в большинстве случаев с вовлечением эмоциональных и социальных аспектов. Считается, что гинекологический возраст (ГВ) наряду с хронологическим возрастом является акушерским фактором риска, который позволяет оценить потенциальный риск для развития осложнений у матери и плода. Нами было проведено исследование, включавшее в общей сложности 261 беременную, которые наблюдались в Перинатальном Центре третьего уровня Центре Матери и Ребенка в течение 2013-2015 годов. Общее число случаев было разделено на 2 группы в зависимости от возраста: I группа - 126 (48,3%) беременных в возрасте от 13-18 лет, II группа - 135 (51,7%) беременных в возрасте от 19 до 25 лет. В последствии I группа была разделена на две подгруппы: в первую подгруппу включены 55 (43,7%) беременных, чей ГВ ≤ 3 -х лет, во вторую подгруппу были включены 71 (56,3%) беременная, чей ГВ >3 лет. На основании данных исследования можно сделать вывод, что при подростковой беременности следует учитывать не только хронологический, но и гинекологический возраст как один из факторов риска развития перинатальных осложнений: задержка внутриутробного развития плода, преждевременные роды, врожденные аномалии и другие осложнения.

Ключевые слова: подростковая беременность, гинекологический возраст, хронологический, возраст, осложнения беременности у матери и плода

Introducere. Sarcina la adolescente prezintă o problemă importantă, fiind evaluată în cadrul unui număr mare de programe sociale. Această temă pune în discuție multiple aspecte, cel puțin două dintre ele fiind notorii: vârsta tânără a debutului relațiilor sexuale și incidența crescută a riscului evoluției complicate a sarcinii. Îngrijorarea medico-socială, în situațiile date, se datorează faptului că majoritatea adolescenților nu au vârsta potrivită pentru a se angaja în câmpul muncii, nu pot primi educație ulterioară și necesită ajutor social. Conform datelor UNFPA (2013), 2 milioane de adolescente, cu vârsta sub 15 ani, nasc

anual, din numărul total de 7,3 milioane de mame adolescente. Se consideră că dacă tendințele actuale vor continua, numărul nașterilor la acest grup, ar putea crește până la 3 milioane în an către anul 2030 [4]. Republica Moldova se confruntă cu probleme similare, fiind apreciat un nivelul stabil înalt al nașterilor la adolescente pe parcursul anilor 2009-2012, ceea ce constituie între 1,5-4,0% vs. numărul total de sarcini [9,12].

Studiile de specialitate relatează că adolescentele gravide au un risc mai mare de a dezvolta complicații materno-fetale [2,7]. Acest aspect este explicat prin

influența maturității fiziologice asupra rezultatelor obstetricale și perinatale. Aproape toate cercetările au fost bazate pe vârsta cronologică a adolescentelor, manarha fiind considerată cea mai importantă etapă ce semnifică apariția capacității de reproducere [8]. Cu toate acestea, este important de luat în considerare și maturitatea biologică a adolescentelor. Astfel „vârsta ginecologică” (VGi) este conceptul ce reflectă vârsta maturității biologice a gravidei adolescente, fiind percepută ca diferența dintre vârsta la momentul conceperii și vârsta apariției menarhei. Zlatnik și Burrneister definesc „VGi scăzută” ca un criteriu obiectiv al dezvoltării adolescentelor [8,14]. Este cunoscut faptul că structura pelvisului atinge „maturitate” peste 2 ani de la apariția menarhei, diametrele pelvisului preluând valori caracteristice femeilor adulte [6]. Astfel în studiul dat am folosit ca limita de jos a VGi durată de 3 ani [8,14].

Scopul lucrării a constat în determinarea ratei complicațiilor materno-fetale în sarcinile la adolescente, în funcție de vârsta cronologică sau ginecologică.

Material și metode. În vederea realizării scopului propus, a fost efectuat un studiu prospectiv, care a inclus un număr total de 261 gestante, cu vârsta cuprinsă între 13-25 ani, nașterea cărora a fost monitorizată în cadrul IMSP Institutul Mamei și Copilului, pe parcursul anilor 2013-2015. Numărul total de cazuri cercetate, a fost divizat în 2 loturi în funcție de vârstă. Lotul I (de studiu) a inclus 126 (48,3%) paciente cu vârsta între 13-18 ani, iar lotul II (de comparație) a inclus 135 (51,7%) paciente cu vârsta cuprinsă între 19-25 ani. La rândul său, lotul I a fost divizat în 2 subloturi în funcție de VGi. Sublotul I a inclus 55 cazuri (43,7%) cu VGi ≤ 3 ani, iar în sublotul II au fost incluse 71 cazuri (56,3%) cu VGi > 3 ani.

Rezultate și discuții. Vârsta medie a adolescentelor gravide din lotul de studiu, a constituit 16,5 ani (Std.div.1,2; Std. E. Mean 0,11), iar a femeilor adulte – 21,8 ani (Std.div.1,9; Std. E. Mean 0,16), (p<0,001). Efectuând analiza statutului matrimonial al adolescentelor gravide, am observat că acestea,

semnificativ mai frecvent au fost necăsătorite vs. femeile gravide adulte (tab. 1).

Evaluând vârsta partenerilor, am aflat că adolescentele gravide semnificativ mai frecvent au avut parteneri cu ≥5 ani mai în vârstă, astfel vârsta medie a acestora în lotul de studiu constituind 23,1 ani (Std. D. 2,9; Std. E Mean 0,26), comparativ cu 24,2 ani (Std.D. 2,8; Std.E Mean 0,24) a partenerilor din lotul de comparație (t= -3,2, p<0,01). Vârsta medie de debut a vieții sexuale, conform vârstei cronologice, a fost de 15,5 ani (Std. D. 1,7; Std. E Mean 0,12) în lotul de cercetare, fiind semnificativ mai joasă decât în lotul de comparație – 19,3 ani (Std. D. 1,7; Std.E. Mean 0,14) (t= -20,8, p<0,001). Efectuând analiza comparativă între adolescentele gravide în funcție de VGi ≤ 3 ani (14,8±0,12 ani) și VGi > 3 ani (16,0±0,13 ani) și gravidele adulte (19,3±0,14 ani), am constatat că vârsta debutului vieții sexuale corelează cu VGi a adolescentelor gravide. Astfel, cu cât este mai mică VGi, cu atât mai precoce debutează viața sexuală (p_{1,2}<0,001, p_{1,3}<0,001, p_{2,3}<0,001).

Evoluția sarcinii și a stării intrauterine a fătului la adolescentele gravide, decurge cu anumite particularități, determinate de gradul de imaturitate biologică a organismului. La vârsta <18 ani, maturizarea organismului este insuficientă, atât în ceea ce privește dezvoltarea sistemului nervos central, starea psihică, cât și starea de infantilism genital per ansamblu, care influențează nefavorabil evoluția sarcinii și nașterii. Din aceste considerente, am analizat frecvența maldiilor somatice în lotul de cercetare care a avut o frecvență de 67 (53,2±4,5%) cazuri, dintre care într-o treime de cazuri, au fost prezente ≥2 patologii. În loturile studiate s-a observat persistența unui substrat infecțios, care precedă nașterea, îndeosebi la gravidele adolescente. S-a atestat o frecvență înaltă a infecției tractului urinar: pielonefrită în 64 (50,8±4,5%) cazuri în lotul de cercetare vs. 45 (33,3±4,1%) cazuri în lotul de comparație (OR=2,1 (1,3<OR<3,4), p<0,001, $\chi^2=7,5$). Aceste date au fost confirmate prin rezultatele pozitive ale analizelor: analiza generală de urină: leucociturie – 8,4 (Std. D. 8,02 Std. E Mean 0,72) vs.

Tabelul 1

Statutul matrimonial al gravidelor cercetate

Variabile	13-18 ani N=126		19-25 ani N=135		χ^2
	N	%±m	N	%±m	
Statut matrimonial					
Necăsătorite	35	27,8±4,0***	5	3,7±1,6	27,3
Concubinaj	42	33,3 ±4,2**	26	19,3±3,4	6,0
Căsătorie înregistrată	41	32,5±4,2	103	76,3±3,7***	48,7
Celibatară	8	6,3±2,2*	1	0,7±0,7	4,6

Diferența statistică între loturile de studiu: ** - p<0,01, *** - p<0,001

6,9 (Std. D. 7,1 Std. E. Mean 0,6); bacteriurie la gravidele adolescente s-a atestat în 23 (18,3±3,45%) din cazuri vs. 17 (12,5±2,85%) cazuri în lotul de comparație; analiza Niciporenco: eritrocitele – 2,1 (Std. D. 8,2 Std. E. Mean 1,4) vs. 0,1 (Std. D 0,3 Std. E. Mean 0,01), leucocitele – 3,5 (Std. D.9,7, Std. E. Mean 1,7) în lotul de cercetare vs. 0,8 (Std. D. 1,1, Std. E. Mean 0,3) în lotul de comparație. Antecedentele infecțioase ale tractului respirator (IRVA/bronșită) a avut un nivel înalt în lotul de cercetare în 9 (7,1±2,29%) cazuri comparativ cu 3 (2,2±1,26%) cazuri în lotul de comparație (OR=3,4 (0,9<OR<12,9), $p<0,05$, $\chi^2=2,6$).

O altă categorie de complicații infecțioase la care am detectat diferențe statistic semnificative între loturile de studiu, sunt infecțiile căilor genitale (colpită, vaginoză bacteriană) cu o frecvență mai înaltă în lotul de cercetare – 76 (60,3±4,34%) cazuri vs. 60 (44,4±4,28%) cazuri în lotul de comparație (OR=1,9 (1,6<OR<3,1), $p<0,01$, $\chi^2=5,9$); candidomatoză – în 8 (6,3±2,17%) cazuri în lotul de cercetare vs. 2 (1,5±1,05%) cazuri în lotul de comparație ($p<0,05$, $\chi^2=3,0$). În cazul maladiilor sexual-transmisibile, nu s-a apreciat o diferență statistică semnificativă între loturile studiate 11(8,7±2,51%) cazuri în lotul de cercetare vs. 15 (11,1±2,7%) cazuri în lotul de comparație. Infecțiile căilor uro-genitale, în rândul adolescentelor însărcinate, au un aport considerabil ca factor de risc pentru apariția complicațiilor pe parcursul sarcinii și nașterii (ruperea prematură a pungii amniotice, nașterea prematură) și perioadei post-partum (complicațiile septico-purulente), ceea ce impune o atenție sporită asupra sănării oportune a căilor de naștere.

Gestozele precoce au fost stabilite în 70 (55,7±4,43%) cazuri în lotul de cercetare vs. 59 (43,4±4,27%) în lotul de comparație (OR=1,6 (1,0<OR<2,7), $p<0,05$, $\chi^2=3,4$). În fiecare lot de studiu am constatat preponderent voma gravidară forma ușoară – în 47 (37,3±4,31%) cazuri în lotul de cercetare și respectiv – 52 (38,5±4,19%) cazuri în lotul de comparație ($p>0,05$). Cu toate acestea, frecvența for-

mei moderate a fost semnificativ mai înaltă în lotul de cercetare – 23 (18,3±3,45%) cazuri vs. 7 (5,2±1,91%) cazuri ($p<0,001$, $\chi^2=9,8$). Cunoscând datele literaturii care relatează despre predispunerea pentru dezvoltarea stărilor hipertensive în sarcină, la adolescentele gravide, am analizat posibilele complicații asociate în situațiile menționate [9]. Repartizând cazurile cercetate conform vârstei cronologice, am observat că stările hipertensive nu au avut o influență vădită asupra variabilității evoluției sarcinii la adolescente vs. femeile gravide adulte, loturile de studiu încadrându-se în același interval, calculele de diferențiere statistică fiind ne semnificative ($p>0,05$). Hipertensiunea indusă de sarcina, în cazul gestantelor adolescente, a avut loc în 5 (4,0±1,75%) cazuri vs. 12 (8,9±2,45%) cazuri la gravidele adulte. Preeclampsia a fost diagnosticată ne semnificativ mai frecvent în lotul de cercetare – în 12 (9,2±2,6%) cazuri (fiind ușoară în 8 (4,8%) cazuri și severă în 3 (2,8%) cazuri); respectiv în lotul de comparație, preecampsia a fost determinată în 8 (5,9±2,03%) cazuri (fiind ușoară în 5 (3,7%) cazuri și severă în 3 (2,2%) cazuri).

Efectuând analiza evoluției sarcinii în funcție de VGi, am observat că sarcina la adolescentele cu VGi >3 ani, s-a complicat, statistic semnificativ, cu gestoze precoce ($p<0,001$) și preecampsie ($p<0,05$), comparativ cu adolescentele gravide cu VGi ≤3 ani și gestantele adulte.

Conform datelor unor cercetări, sarcina în vârsta juvenilă, duce la maturizarea rapidă a organismului tânăr, îndeosebi schimbările ce țin de pelvisul osos, astfel încât, dimensiunile acestuia ating dimensiuni caracteristice femeilor adulte [15,16]. Cu toate acestea, în studiului efectuat, am observat frecvența semnificativ mai înaltă a bazinului anatomic strâmtat în rândul adolescentelor gravide, în funcție de vârsta cronologică în 10 (7,9±2,4%) cazuri, comparativ cu 3 (2,2±1,3%) cazuri la gravidele adulte (OR=3,79 (1,0<OR<14,1), $p<0,02$, $\chi^2=3,37$), ceea ce coincide cu datele din literatura de specialitate [17]. O constatare în plus este și faptul că frecvența mai mare a bazinu-

Tabelul 2

Manifestarea complicațiilor sarcinii în funcție de VGi a gravidelor cercetate

Nosologii, (% ±m)	Lotul de cercetare 125				Lotul de comparație n ₃ =135		p
	VGi ≤ 3 ani n ₁ =55		VGi >3 ani n ₂ =71				
Gestozele precoce	19	34,6±6,4	51	71,8±5,3	59	43,4±4,3	p _{2,1} <0,0001 p _{2,3} <0,001
Preeclampsia	2	3,8±2,3	10	14,1±4,1	8	5,9±2,03	p _{2,1} <0,001
Bazinul anatomic strâmtat	8	14,6±4,8	2	2,8±1,95	3	2,2±1,3	p _{1,2} <0,01 p _{1,3} <0,05

lui anatomic strâmtat a fost constatată la adolescentele cu $VGi \leq 3$ ani ($p < 0,01$).

Mai multe studii au identificat vârsta tânără maternă ca un factor de risc important pentru nașterea înainte de termen comparativ cu femeile gravide adulte [1,8,13]. Repartizând gravidele examinate, corespunzător vârstei de gestație (VG), am observat că la gravidele adolescente, VG medie la naștere a fost de 38,52 (Std. D 2,5, Std. E.Mean 0,2) săptămâni de amenoree, ceea ce este semnificativ mai precoce decât la femeile adulte – 39,17 (Std. D 2,1, Std. E.Mean 0,2) săptămâni de amenoree ($t = -2,3$, $p < 0,05$). Aceste date nu depind de VGi a adolescentelor, neavând diferență statistic semnificativă ($p > 0,05$).

Evaluând cazurile cercetate, în funcție de vârsta cronologică, am observat că rata nașterii premature la pacientele din lotul de cercetare are o frecvență nesemnificativ mai mare în 15 ($11,9 \pm 2,9\%$) cazuri, în comparație cu 13 ($9,6 \pm 2,5\%$) cazuri în lotul de comparație. Efectuând ajustarea după VGi am observat că la adolescentele gravide cu $VGi \leq 3$ ani a fost elucidată diferența statistic semnificativă pentru frecvența nașterii premature ($OR_{1,2} = 4,2(1,3 < OR < 13,98)$, $p < 0,01$, $\chi^2 = 4,8$), ($OR_{1,3} = 2,4(1,0 < OR < 5,6)$, $p < 0,05$, $\chi^2 = 2,9$) comparativ cu adolescentele gravide cu $VGi > 3$ și gravidele adulte. Cu toate acestea, riscul nașterii premature este cu atât mai scăzut, cu cât este mai mare VGi a adolescentelor. Cu cât vârsta cronologică este mai joasă, cu atât riscul este mai mare. Aceste aspecte sunt datorate: nutriției materne inadecvate, maturizării incomplete a sistemului hipotalamo-hipofizar, maturizării uterine și cervicale insuficiente, ratei crescute de infecții genito-urinare în grupul adolescentelor [3,8].

Rezultatele obținute, atestă faptul că masa la naștere și lungimea nou-născuților ($p < 0,05$) au valori, frecvent, mai scăzute, printre adolescentele gravide. În sarcinile juvenile, restricția de creștere intrauterină (RCIU) a fătului se întâlnește frecvent, constituind una din cele mai importante cauze a morbidității fetale [8]. Aceste date au fost confirmate și în cadrul cercetării prezente, fiind determinată o incidență înaltă a RCIU a fătului la gravidele adolescente, în funcție de vârsta cronologică, în 22 ($17,5 \pm 3,4\%$) cazuri ($p < 0,004$, $\chi^2 = 6,26$). Efectuând repartizarea conform VGi, am observat că RCIU a fătului are o frecvență mai mare printre adolescente cu $VGi \leq 3$ ani, comparativ cu adolescentele cu $VGi > 3$ ani și cele adulte ($OR_{1,2} = 3,4(1,3 < OR < 9,1)$, $p < 0,01$, $\chi^2 = 5,4$), ($OR_{1,3} = 5,2(2,1 < OR < 12,9)$, $p < 0,001$, $\chi^2 = 4,8$). Ca urmare, putem constata că nu numai vârsta cronologică este un factor important în dezvoltarea RCIU a fătului și nașterii premature, dar și VGi a gravidelor adolescente. Da Costa A. și coaut. (2004) și Kaplanoglu M.

și coaut. (2015) au demonstrat că VGi joasă are efect negativ asupra dezvoltării fătului, datorită necesităților nutritive materne sporite și duce la dezvoltarea RCIU a fătului sau nașterea copiilor cu greutatea mică pentru vârsta gestațională [3,8,11]. Alt studiul efectuat de Phipps și coaut. (2002) au demonstrat că vârsta cronologică joasă se asociază cu RCIU a fătului și nașterea prematură, iar această corelație este mai evidentă la pacientele cu vârsta ≤ 15 ani [10,11].

Conform datelor studiului, nașterea a finalizat per vias naturalis în 105 ($83,3 \pm 3,3\%$) cazuri la adolescente, comparativ cu 102 ($75,6 \pm 3,8\%$) cazuri la gravidele adulte. În același timp, au fost asistate prin aplicarea de vacuum extractor 12 ($9,5 \pm 2,6\%$) nașteri, ceea ce nu a avut semnificație statistică comparativ cu lotul de comparație – 19 ($14,1 \pm 2,99\%$) cazuri ($p > 0,05$). Conform datelor din literatura de specialitate, adolescentele gravide au un risc moderat pentru finalizarea sarcinii prin operație cezariană (OC) vs. gravidele adulte. Tsikouras și colab. (2012) au apreciat o rată mai mare de extracții prin OC în perioada adolescență timpurie (≤ 15 ani) comparativ cu adolescență târzie (≥ 16 ani) și la gravidele adulte ($53,6\%$, $36,4\%$ și $43,8\%$, respectiv) [13]. Aceasta se explică prin disproporția feto-pelviană și travaliul prelungit, datorită maturității insuficiente a bazinului matern. Cu toate acestea, în studiul prezent, frecvența nașterii asistate instrumental și prin OC, nu a avut o diferență statistic semnificativă în loturile studiate ($15,9 \pm 3,3\%$ cazuri în lotul de cercetare vs. $20,0 \pm 3,4\%$ cazuri în lotul de comparație) ($p > 0,05$). Efectuând, însă, ajustarea după VGi a adolescentelor gravide din lotul de cercetare, am observat o rată mai mare a nașterilor prin OC și a celor asistate instrumental la adolescentele cu $VGi > 3$ ani ($p < 0,05$) comparativ cu adolescentele cu $VGi \leq 3$ ani și mai frecvent comparativ cu femeile adulte (tab. 3). Există, însă și date care relatează despre incidența mai joasă a OC la adolescentele însărcinate, fapt explicat prin funcția mai bună a miometrului, elasticitatea crescută a țesuturilor și rezistența cervicală redusă [5,8].

Conform datelor din literatura de specialitate, masa și talia nou-născuților de la mamele adolescente este mai mică comparativ cu nou-născuții de la femeile adulte [8,16]. Greutatea medie la naștere a copiilor de la mamele din lotul de studiu a fost de $3061 \pm 648,04$ g (Std. Er. 57,7), fiind mai scăzută decât în lotul de comparație – $3344,6 \pm 526,01$ g (Std. Er. 47,9). Talia medie a nou-născuților din lotul de studiu a fost de $49,6 \pm 3,8$ cm vs. $51,0 \pm 2,5$ cm ($p < 0,01$, $t = -3,5$) în lotul de comparație, iar circumferința craniului – de 33,6 cm în lotul de cercetare vs. 34,3 cm în lotul de comparație. Efectuând ajustarea conform VGi a adolescentelor, am constatat că nou-născuții

Tabelul 3

Evoluția sarcinii și nașterii în funcție de VGI a gravidelor din loturile studiate

	Lotul de cercetare 125				Lotul de comparație n ₃ =135		P
	VGi ≤ 3 ani n ₁ =55		VGi >3 ani n ₂ =71				
Vârsta de gestație (săptămâni de amenoree) (SE±m)	38,6±0,3		38,5 ±0,2		39,2±0,2		p>0,05
Nașterea prematură (% ±m)	11	20±5,4	4	5,6±2,7	13	9,6±2,5	p _{1,2} <0,01 p _{1,3} <0,05
RCIU a fătului (% ±m)	15	27,3±6,0	7	9,9±3,5	9	6,7±2,2	p _{1,2} <0,01 p _{1,3} <0,001
OC (% ±m)	5	9,1±3,9	16	22,5±4,95	27	20,0±3,4	p _{2,1} <0,05
Vacuumex tracția fătului (% ±m)	2	3,8±2,6	10	14,1±4,1	19	14,1±2,99	p _{2,1} <0,05 p _{3,1} <0,01
Ruperea prematură a pungii amniotice (% ±m)	19	34,6±6,4	36	50,7±5,9	54	40,0±4,2	p>0,05

de la mamele adolescentele cu VGI ≤3 ani au masa mai mică comparativ cu nou-născuții de la mamele adolescente cu VGI>3 ani și cele adulte (p_{1,2}<0,05, p_{1,3}<0,001, p_{2,3}<0,01) (tab. 4).

În cadrul studiului, am apreciat o pondere semnificativ mai înaltă a sindromului de detresă respiratorie (SDR) – în 11 (8,7±2,5%) cazuri în lotul de cercetare vs. 3 (2,2±1,3%) cazuri în lotul de

comparație (OR=4,21 (1,15<OR<15,46), (p<0,01, x²=4,23). Având în vedere frecvența înaltă a infecțiilor în rândul adolescentelor gravide, a fost observată o pondere semnificativ înaltă a infecției intrauterine a fătului – în 24 (19,1±3,5%) cazuri la adolescentele gravide vs. 16 (11,8±2,8%) cazuri la gravidele adulte (OR=1,76 (0,89<OR<3,5), p<0,05, x²=2,15). În tab. 4 sunt reprezentate și alte patologii ale pe-

Tabelul 4

Rezultatele nou-născuților în funcție de VGI a gravidelor din loturile studiate

	Lotul de cercetare 125				Lotul de comparație n ₃ =135		p
	VGi ≤ 3 ani n ₁ =55		VGi >3 ani n ₂ =71				
Masa (g) (SE±m)	2963,2±62,4		3137,6±56,3		3344,6±47,9		p _{1,2} <0,05 p _{1,3} <0,001 p _{2,3} <0,01
Talia fătului (cm) (SE±m)	48,9±3,9		50,1±2,7		51,01±2,5		p _{1,2} <0,05 p _{1,3} <0,001
Apgar la 1 minut (puncte) (SE±m)	7,5±0,45		7,4±0,48		7,52±0,61		p>0,05
Apgar la al 5-lea minut(puncte) (SE±m)	8,2±0,3		7,8±02		8,04±0,3		p>0,05
Nașterea prematură (% ±m)	11	20±5,4	4	5,6±2,7	13	9,6±2,5	p _{1,2} <0,01 p _{1,3} <0,05
RCIU a fătului (% ±m)	15	27,3±6,0	7	9,9±3,5	9	6,7±2,2	p _{1,2} <0,01 p _{1,3} <0,001
Infecție intrauterină (% ±m)	15	27,3±6,0	9	12,7±3,95	16	11,8±2,8	p _{1,2} <0,05 p _{1,3} <0,05
Icter nou-născutului (% ±m)	19	34,6±6,4	9	12,7±3,9		26,5±5,2	p _{1,2} <0,01
Anomalii congenitale(% ±m)	7	12,7±4,5	2	2,8±1,95	3	2,2±1,3	p _{1,2} <0,05 p _{1,3} <0,05
Sindrom de detresă respiratorie(% ±m)	7	12,7±4,5	3	4,2±2,4	3	2,2±1,3	p _{1,3} <0,05

rioadei perinatale, cu o incidență nesemnificativ statistic mai înaltă în lotul de cercetare. Ținem să remarcă, că având în vedere evidența prenatală precară a gravidelor adolescente, a putut fi observat un număr considerabil mai înalt de anomalii congenitale – 9 (7,1±2,3%) cazuri în lotul de cercetare vs. 3 (2,2±1,3%) cazuri în lotul de comparație ($p<0,05$, $\chi^2=2,6$). Evaluând cazurile în funcție de VGi a adolescentelor grăvide, am constatat că copii născuți de la adolescente cu VGi ≤ 3 ani necesită îngrijiri suplimentare în legătura cu infecția intrauterină – 15 (27,3%) ($p<0,05$) cazuri, icterul nou-născutului – 19 (34,6%) cazuri ($p<0,01$) și SDR – în 7 (12,7%) cazuri. Menționăm faptul că o diferență statistic semnificativă a fost apreciată între loturile adolescentelor grăvide de VGi ≤ 3 ani, VGi > 3 ani și lotul de comparație, în ceea ce privește rata anomaliilor congenitale ($OR_{1,2}=5,03(1,0<OR<25,3)$, $p<0,05$, $\chi^2=3,2$). Pe de altă parte nu a fost găsită nici o diferență semnificativă între VG, scorul Apgar, ruperea prematură a pungii amniotice și SDR ($p>0,05$) [8].

Concluzii

Rezultatele studiului efectuat, au arătat necesitatea evaluării minuțioase a gravidelor adolescente, din cauza posibilității manifestării, în cazul acestora, a unui număr crescut de complicații a evoluției sarcinii și nașterii. A fost subliniată importanța evaluării sarcinilor la adolescente cu ajutorul VGi, concomitent cu vârsta cronologică, ca factor de risc pentru dezvoltarea: RCIU a fătului, nașterii premature, anomaliilor congenitale și altor complicații.

Bibliografie

- Berghella V., Baxter J., Hendrix N. Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009; (3):CD007235.3.
- Chen X., Wen S., Fleming N., Demissie K., Rhoads G., Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol.* 2007, nr. 36(2), p.368-373.
- Da Costa A., Mauad F., Ferreira A., Spara P., Mauad F. Uterine volume in adolescents. *Ultrasound Med Biol.* 2004, nr. 30, p. 7-10.
- Edilberto L., Mengjia L. Adolescent Pregnancy: A Review of the Evidence. UNFPA New York, 2013, p. 1-60.
- https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ADO-LESCENT%20PREGNANCY_UNFPA.pdf
- Fleming N., Ng N., Osborne C., Biederman S., Yaseen A., Dy J. et al. Adolescent pregnancy outcomes in the province of Ontario: a cohort study. *J Obstet. Gynaecol. Can.* 2013, nr. 35, p. 234-245.
- Gibbs C., Wendt A., Peters S., Hogue C. The impact of early age at first childbirth on maternal and infant health. *Paediatr. Perinat. Epidemiol.* 2012, nr. 26, p. 259-284.
- Gueorguieva R., Carter R., Ariet M., Roth J., Mahan C., Resnick M. Effect of teenage pregnancy on educational disabilities in kindergarten. *Am J Epidemiol.* 2001, nr. 154(3), p.212-220.
- Kaplanoglu M., Bülbül M., Konca C., Kaplanoglu D., Tabak M., Ata B. Gynecologic age as an important risk factor for obstetric and perinatal outcomes in adolescent pregnancies. *Women Birth.* 2015, nr. 28(4), p. e119-23.
- Kawakita T., Wilson K., Grantz K., Huang Ch., Gomez-Lobo V. Adverse maternal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy. *J of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2016, vol. 29, issue 2, p. 130-136.
- Phipps M., Sowers M. Defining early adolescent childbearing. *Am J Public Health.* 2002, nr. 92, p. 125128.
- Shennan A., Bewley S. Why should preterm births be rising? *BMJ.* 2006, nr. 332, p. 924-925.
- Torvie A., Callegari L., Schiff M., Debiec K. Labor and delivery outcomes among young adolescents. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2015, vol. 213, issue 1, p. 95e1-95e8.
- Tsikouras P., Dafopoulos A., Trypsianis G., Vrachnis N., Bouchlariotou S., Liatsikos S. et al. Pregnancies and their obstetric outcome in two selected age groups of teenage women in Greece. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012, nr. 25, p. 1606-1011.
- Zlatnik F., Burmeister L. Low gynecologic age: an obstetric risk factor. *Am J Obstet Gynecol.* 1977, nr. 128, p. 183-186.
- Ларюшева Т.М., Лебедева Т.Б., Баранов А.Н. Особенности течения беременности и родов у юных женщин/ Обзор // Журнал акушерства и женских болезней. 2012, том. LXI, выпуск 1, с. 106-112.
- Синчихин С. П. Ювенильная беременность как медико-социальная проблема: Обзор //Российский вестник акушера-гинеколога. 2004, том. 4, №2, с. 35-38.
- Шамина И.В., Фрикель Е.А., Чуловский Ю.И., Тирская Ю.И., Барбанчик И.А., Дудкова Г.В., Швец Е.И., Макковеева Е.С., Островская О.В. Особенности течения беременности, родов и перинатальных исходов у девочек-подростков. «Медицина и образование в Сибири». 2013, №6, УДК 612.63-02-053.6-056.2).